

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 88

Iritis et Irido-Cyclite
au cours des
Suppurations abdominales

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond CHOPIN

né à GÉNISSIEUX (Drôme) le 16 Novembre 1894



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924



IRITIS ET IRIDO-CYCLITE
AU COURS DES SUPPURATIONS ABDOMINALES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 88

Iritis et Irido-Cyclite

au cours des

Suppurations abdominales

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond CHOPIN

né à GÉNISSIEUX (Drôme) le 16 Novembre 1894



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie.....	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie.....	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X.
Hygiène.....	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie.....	COURMONT (P.).
	X.
	PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Somatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président ; LAROYENNE, assesseur ;
DUROUX et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique

à la Faculté de Lyon

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux de notre reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il nous réserva dans son service et l'honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de notre thèse. Il nous en inspira le sujet et nous dirigea de ses précieux conseils dans l'élaboration de ce travail.

A MES JUGES

A MES CAMARADES TUÉS A L'ENNEMI



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Préface.

Qu'il nous soit permis, en marge de ce modeste ouvrage, de dire à ceux qui présidèrent à notre formation médicale toute l'expression de notre gratitude.

A nos Maîtres de l'Hôpital Saint-Joseph, M. le Docteur GOULLIoud, chirurgien en chef ; M. le Docteur CHABALIER, médecin en chef ; MM. les Docteurs GIULIANI et OLIVIER, chirurgiens adjoint et assistant, dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne, au cours de ces dernières années, nous sommes heureux d'exprimer notre reconnaissance pour l'intérêt qu'ils nous ont témoigné et l'exemple de leur haute valeur clinique dont ils nous ont fait bénéficier.

Nos remerciements iront ensuite à tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, en particulier : MM. les Professeurs ROQUE, TEISSIER, BÉRIEL, M. le Professeur BÉRARD, M. le Docteur DESGOUTTES, chirurgien des Hôpitaux ; MM. les Docteurs CADE et GALLAVARDIN, médecins des Hôpitaux, dont nous n'oublierons ni les sages leçons, ni la sollicitude que nous trouvâmes toujours au cours de nos différents stages dans leurs services.

Enfin, M. le Docteur COLRAT, chef de Clinique ophthalmologique, a droit à toute notre gratitude. Il fut pour nous un guide précieux dans la rédaction de ce travail et ses conseils facilitèrent grandement notre tâche. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

IRITIS ET IRIDO-CYCLITE

AU COURS DES SUPPURATIONS ABDOMINALES

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique.

Au début de cette année, une malade, qui se trouvait dans le service de M. le Professeur Bérard, pour appendicite grave, ayant nécessité une intervention en pleine crise, présenta, au moment de sa convalescence, treize jours après l'opération, une complication oculaire pour laquelle elle dut entrer dans le service de M. le Professeur Rollet.

Il s'agissait d'une iritis simple, unilatérale, dont l'étiologie ne pouvait être rattachée à aucune autre affection et qui évolua en quelques jours vers la guérison.

Ce cas de localisation irienne pure au cours d'une infection localisée de la cavité abdominale était intéressant par sa rareté, et M. le Professeur Rollet, à qui nous demandions, à ce moment, de vouloir bien nous inspirer un sujet de thèse, nous conseilla d'étudier les infections métastatiques irido-choroïdiennes au cours des suppurations abdominales.

Avant d'aborder l'étude clinique et anatomo-pathologique de ces iritis et irido-cyclites, il nous semble nécessaire de faire un court hisotrique de la question.

Les infections métastatiques du tractus uvéal au cours de maladies générales, telles que la fièvre typhoïde, la grippe, la fièvre puerpérale, à la suite de plaies accidentelles infectées ou de septicémies post-opératoires, sont connues depuis longtemps et ont fait l'objet de nombreuses études.

Dès 1806, Pigou fait paraître un travail sur l'ophtalmie syphilitique, très rare.

Mackensie, en 1830, publie un cas d'ophtalmie à la suite de fièvre puerpérale et suppose que du pus a été transporté au niveau de l'œil.

Gayet, en 1872, rapporte le cas d'une malade atteinte d'ophtalmie droite de même origine.

Pousson, en 1881, étudie la pathogénie des ophtalmies métastatiques.

Trousseau, en 1894, rapporte un cas d'irido-choroïdite secondaire à une infection urineuse.

Mais il faut remonter à 1901, pour trouver la première observation, publiée par Purtscher, d'infection secondaire irido-choroïdienne au cours d'un abcès hépatique.

Nous avons pu retrouver, dans la littérature, quatre observations de malades ayant présenté des complications oculaires à la suite de suppurations abdominales :

Un cas d'irido-choroïdite suppurée bilatérale secondaire à une appendicite ;

Deux cas semblables, secondaires à des suppurations d'origine hépatique ;

Un cas d'iritis au cours d'une hépatite suppurée.

Ce sont ces quatre observations auxquelles nous avons ajouté l'observation inédite, recueillie dans le service de M. le Professeur Rollet, qui serviront de base à notre étude.

Nous avons cru devoir mentionner, en outre, un cas d'irido-cyclite après castration ovarienne pour salpingite, publié par Galezowski et Berche, bien que leurs auteurs considèrent cette affection comme due à des troubles d'origine endocrinienne, car, avec Péchin, nous croyons qu'il faille faire, dans ce cas, une part plus large au rôle joué par l'infection.

Nous rapporterons également un cas d'iritis avec hypopyon, secondaire à une angiocholite d'origine lithiasique, qui nous a paru intéressant, bien que cliniquement il n'ait pas été trouvé de suppuration collectée.

CHAPITRE II

Etiologie.

Nous avons l'intention, dans ce travail, de limiter nos recherches aux seules infections irido-choroïdiennes secondaires à des suppurations abdominales ; de ce fait, l'étude étiologique de ces métastases oculaires sera considérablement restreinte. Nous appuyant uniquement sur des faits cliniques, nous étudierons ici quelles sont, avec leur fréquence relative, les infections localisées de la cavité abdominale que l'on peut retrouver à l'origine de ces affections.

En premier lieu, se classent *les suppurations d'origine hépatique*. Sur nos cinq observations, nous en relevons trois cas. Dans l'un, il s'agit d'un abcès péri-cholécystique (Obs. VII) ; dans les deux autres, d'un abcès hépatique plus ou moins sous-péritonéal (Obs. II et VI).

En 1922, Terrien, au Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie, présentait un cas d'iridocyclite bilatérale, avec hypopyon, coïncidant avec des

poussées d'ictère, accompagné de frissons et de température ; il est intéressant, nous semble-t-il, de rapprocher de nos trois exemples cette observation (Obs. IV), bien qu'elle ne puisse entrer dans le cadre de notre étude, aucune suppuration localisée n'ayant été constatée. Elle vient, en effet, à l'appui de ce fait que les infections d'origine hépatique ont une tendance manifeste à donner, dans certains cas, des métastases oculaires.

Sous quelles formes se présentent ces métastases d'origine hépatique ? C'est une question difficile à résoudre, le nombre de nos observations étant restreint. Nous avons relevé toutefois un cas de panophtalmie bilatérale suivie de mort, un cas de panophtalmie gauche avec survie, un cas d'iritis suivie de guérison du processus oculaire et du décès de la malade ; enfin, le cas de Terrien est un exemple d'irido-cyclite bilatérale ayant évolué vers la phtisie des globes. Il y a là une diversité d'aspect clinique qui nous permet de conclure que l'origine hépatique de l'infection n'implique pas une forme particulière de métastase irido-choroïdienne.

En second lieu, nous placerons *les abcès appendiculaires* ; ici encore, nous relevons deux formes de métastases uvéales : l'une grave, terminée par une panophtalmie double et la mort du malade (Obs. V) ; l'autre, bénigne, où l'infection purement irienne s'est terminée par la guérison (Obs. I).

Il est curieux de constater le peu de fréquence des complications oculaires de l'appendicite. L'étiologie appendiculaire figure exceptionnellement dans les

ophtalmies métastatiques suppurées. Nous n'avons pu retrouver aucun cas d'iritis plastique observé dans les suites opératoires d'une appendicite suppurée ou non. Notre observation constitue donc le premier fait de ce genre observé. Nous n'avons d'ailleurs admis que l'appendicite était la cause de l'iritis qu'après avoir éliminé les autres étiologies possibles (syphilis, gonococcie, tuberculose, métrite, etc...), et l'on ne saurait, à moins de ranger ce cas dans le groupe fâcheux et confus des iritis dites cryptogénétiques (du grec κρυπτός *caché*, et γένεσις *naissance*), lui attribuer d'autre cause que l'abcès péri-appendiculaire observé.

Enfin, nous nous bornerons à mentionner comme cause possible les *suppurations annexielles*, d'origine étrangère à la blennorragie.

On pourrait peut-être mettre en doute la valeur étiologique des suppurations hépatiques dans les trois observations mentionnées ci-dessus, car, chaque fois, l'apparition des phénomènes oculaires a précédé d'un temps plus ou moins long la constatation de la présence d'un abcès, c'est-à-dire l'intervention chirurgicale. C'est là, à notre avis, ce qui précisément fait la valeur de nos observations ; car le fait d'une infection chirurgicale, au cours d'une opération, sur un foyer suppuré, quel qu'en soit le siège, devenu beaucoup plus rare, il est vrai, depuis la pratique de l'asepsie et de l'antisepsie, est un fait banal, et les septicémies post-opératoires sont connues depuis longtemps avec toutes leurs localisations secondaires. Mais qu'un abcès localisé dans l'abdomen puisse, sans aucune intervention chirurgicale, donner une métas-

tase oculaire, cela, nous semble-t-il, est, au contraire, très intéressant.

Reste à prouver l'existence d'une suppuration hépatique avant l'apparition des phénomènes oculaires.

L'examen clinique des malades de nos trois observations semble bien le démontrer.

Dans l'Observation VII, la question ne se pose pas ; la présence de pus autour de la vésicule était évidemment un fait accompli quand apparut l'iritis. L'abcès enkysté fut trouvé par le Docteur Delore, quatre jours après le début de cette complication.

En ce qui concerne l'Observation VI, le pus ne fut découvert qu'un mois et demi après le début de l'irido-cyclite, d'une façon toute fortuite d'ailleurs. Cependant, à notre avis, ce pus s'était formé depuis fort longtemps. Voici les raisons qui motivent notre façon de voir :

1° Six mois auparavant, les médecins qui soignaient le malade pensaient déjà à un abcès ; ils firent une ponction, qui ne ramena rien et par conséquent ne permit aucune conclusion relative à la non-existence du pus.

2° L'état du malade, parti quelques jours après en convalescence, ne fit qu'empirer, d'une façon générale, évoluant vers la cachexie, jusqu'au jour où l'opération de l'abcès fut pratiquée.

3° L'abcès hépatique était, dans ce cas, remarquablement toléré et sa découverte fut toute fortuite, car aucun symptôme nouveau, du côté du foie, n'avait attiré l'attention du chirurgien. Ceci concorde avec ce que nous savons de l'évolution, souvent méconnue,

de certains abcès du foie pendant longtemps tolérés, sans autre symptôme que la cachexie progressive.

4° Le pus de l'abcès était stérile, ce qui est encore en faveur de l'ancienneté de l'abcès.

Quant au cas de l'Observation II, l'apparition d'une température élevée, disproportionnée avec de simples lésions d'iritis, l'augmentation de la matité pulmonaire, jointes aux antécédents lithiasiques de la malade, semblent bien avoir été symptomatiques de la formation d'un abcès hépatique, abcès qui fut découvert quelques jours après, à l'autopsie.

CHAPITRE III

Pathogénie.

L'étude pathogénique des iritis et irido-cyclites, au cours des suppurations abdominales, comme celle des irido-choroïdites métastatiques, soulève une foule de problèmes d'ordre général, dont la plupart ne sont encore pas résolus.

Nous les envisagerons successivement, au point de vue de :

1° La nature de l'agent pathogène.

2° Son mode de transport du foyer abdominal au globe oculaire et le mécanisme de sa fixation dans la membrane irido-choroïdienne.

3° Ses voies de pénétration dans le tractus uvéal.

1° NATURE DE L'AGENT PATHOGENE

En 1854, Mackensie décrivant l'ophtalmie métastatique admettait qu'elle était le résultat de la pénétration dans les membranes de l'œil de particules de

pus transportées par une voie inconnue. Roth, en 1872, reconnaissait la présence de microbes dans les vaisseaux thrombosés de la choroïde, et Wagenmann, en 1887, put, le premier, déterminer une espèce microbienne dans un œil atteint d'ophtalmie d'origine puerpérale ; il s'agissait du streptocoque. Les premiers auteurs admettaient donc l'action directe des germes microbiens sur les tissus comme cause élémentaire de la lésion oculaire ; cependant, plus tard, quand fut mieux connue la notion des toxines microbiennes, l'idée fut émise d'une irido-choroïdite, déterminée à distance par l'apport dans le torrent sanguin des toxines secrétées par un foyer microbien éloigné. Gasparin, en 1894, Lagrange, en 1897, et, plus récemment, Villard, en 1911, défendirent cette opinion, tout au moins en ce qui concernait certains cas bénins et provoquant peu de réaction locale.

A l'heure actuelle, nous ne comprenons pas pourquoi ces substances toxiques, diluées dans le sang, atteindraient aussi gravement un seul œil, alors que l'autre resterait complètement indemne. Mais les faits d'observation doivent prendre le pas sur les raisonnements pathogéniques. Il existe des faits nombreux d'ophtalmie métastatique unilatérale. On tend à admettre aujourd'hui que les microbes ou leurs toxines seules sont susceptibles de produire les lésions incriminées. On ne saurait oublier que MM. Rollet et Aurand ont obtenu, par injection locale il est vrai, des infections choroïdiennes et des névrites optiques par les corps microbiens eux-mêmes et par leurs toxines seules.

Cependant, Lagrange lui-même, qui admettait le rôle prépondérant des toxines, ne considérait pas comme une preuve de l'origine amicrobienne des lésions choroïdiennes, l'absence de microbes, dans certaines de ces lésions datant souvent de plus de deux mois.

Chaque jour, au contraire, les constatations bactériologiques positives sont de plus en plus nombreuses, même dans les cas bénins, et il semble bien prouvé actuellement que la plupart des altérations irido-choroïdiennes métastatiques, graves ou bénignes, soient dues à l'action directe des microbes.

Quant aux espèces microbiennes en cause, dans le cas particulier des irido-choroïdites, au cours de suppurations abdominales, il nous est impossible de les déterminer, la presque totalité de nos observations manquant d'examen bactériologique. D'ailleurs, la diversité des germes pyogènes que l'on peut rencontrer dans des abcès, pour la plupart d'origine intestinale, comparée à la rareté des métastases oculaires de ces suppurations, rendrait bien hypothétique toute affirmation à ce sujet.

2° VOIE SUIVIE PAR LE MICROBE. — SON MODE DE FIXATION SUR L'UVÉE

La *voie lymphatique* n'est évidemment pas en cause dans le cas qui nous occupe. La *voie sanguine* paraît être la seule empruntée. Il est d'ailleurs à noter que la réalité de cette septicémie préalable et

nécessaire est chose actuellement prouvée. On considérerait autrefois que toute septicémie sanguine était nécessairement mortelle. On sait maintenant, depuis les progrès des techniques de laboratoire, qu'il existe de nombreux faits où une septicémie sanguine atténuée est prouvée par l'hémoculture. Dans un autre ordre d'idées, Faure-Beaulieu a prouvé la réalité de ces gonococcémies atténuées, et Jousset, celle des septicémies tuberculeuses de faible intensité. L'étape sanguine paraît nécessaire, si l'on veut comprendre et s'expliquer les métastases plus ou moins septiques au niveau de l'œil.

Si tous les auteurs sont d'accord à ce point de vue, il n'en est pas de même au sujet du mécanisme intime de la localisation microbienne sur le tractus uvéal. Trois hypothèses ont été émises à ce sujet :

a) *L'embolie microbienne pure.* — Conduits par la voie artérielle, les micro-organismes viendraient se fixer et se développer au niveau des membranes profondes de l'œil. Leur arrêt en cette région serait expliqué par le fait que les microbes peuvent former dans le sang des septicémiques des agglomérats qui seraient arrêtés au niveau des capillaires. Cette explication mécanique, plausible pour les capillaires de la rétine, qui sont particulièrement étroits (5 à 6 μ), est en contradiction avec les faits. Ce sont, en effet, les capillaires de la choroïde, beaucoup plus gros (10 μ et plus), qui s'infectent généralement les premiers. De plus, on ne s'explique pas pourquoi ces amas microbiens viendraient s'arrêter dans les capillaires

oculaires plutôt que dans ceux du tissu musculaire, qui sont encore plus étroits, ou ceux du cerveau, parmi lesquels Lapinsky décrit des capillicules de $1\ \mu\ 5$ de diamètre.

Les examens histologiques, d'ailleurs, achèvent de détruire cette hypothèse, car il est très rare de retrouver ces embolies microbiennes, alors même que les microbes sont visibles dans le pus ou disséminés dans les tissus voisins.

b) *L'embolie septique.* — Dans cette hypothèse, l'embolus lancé dans le torrent sanguin viendrait s'arrêter en un point du réseau vasculaire de l'œil. Pour être acceptable, cette théorie nécessite l'existence d'une endocardite, secondaire elle-même à un foyer infecté siégeant dans une région quelconque du corps ; l'endocardite servant d'intermédiaire entre la lésion initiale et la lésion oculaire. Dans aucune de nos observations il n'est mentionné cette complication.

c) *La thrombose vasculaire.* — Au cours d'une infection générale, le ralentissement de la circulation au niveau de capillaires dilatés, la présence de toxines douées de propriétés plus ou moins altérantes pour les vaisseaux, apporteraient, dans le régime circulaire, des modifications pouvant entraîner la formation d'une thrombose.

En raison de la disposition particulièrement délicate des capillaires choroïdiens et surtout iriens et ciliaires, en raison de la fragilité des membranes, la

fonction de défense serait compromise et le caillot, au lieu de s'organiser, suppurerait, entraînant la dissémination des germes infectieux.

Sans être trop exclusif, car il est probable que ces trois modes de localisation peuvent se rencontrer, la théorie d'une thrombose est, nous semble-t-il, la plus séduisante, la plus scientifique à coup sûr, car elle n'anticipe pas sur nos connaissances.

« L'attaque par certains microbes, écrit Dupuy-
« Dutemps, de la paroi de certains vaisseaux capil-
« laires, où ils ne séjournent pas, mais dont ils tra-
« versent l'endothélium, après avoir triomphé de sa
« défense phagocytaire, pour envahir les tissus eux-
« mêmes, est un phénomène biologique dans lequel
« n'intervient pas le calibre du vaisseau, mais qui dé-
« pend de la qualité de l'agent infectieux et de l'état
« de résistance des tissus environnants. Ses conditions
« et ses modalités sont encore inconnues ; on ne l'ex-
« plique pas quand on parle d'affinité spéciale, on
« ne fait que le constater. »

3° VOIE DE PÉNÉTRATION DANS LE TRACTUS UVÉAL

Il nous reste à étudier quel est le siège primitif de la localisation sur l'uvée. Trois portes d'entrée s'offrent à l'agent pathogène :

- Les artères ciliaires courtes postérieures ;
- Les artères ciliaires longues postérieures ;
- Les artères ciliaires antérieures.

Les artères ciliaires courtes postérieures, pénétrant au travers de la sclérotique, tout autour du nerf optique, se ramifient dans la choroïde, depuis le pôle postérieur, jusqu'à l'ora serrata. Elles intéressent tout particulièrement cette membrane.

Les ciliaires longues postérieures, au nombre de deux, cheminant d'arrière en avant, sous la sclérotique, sans donner aucun rameau, aboutissent autour de la grande circonférence de l'iris et là, s'anostomosant d'une part entre elles, d'autre part avec les ciliaires antérieures, constituent le grand cercle artériel de l'iris, duquel partent des rameaux iriens, des rameaux ciliaires et des rameaux choroïdiens, ceux-ci toujours très grêles et très courts.

Une telle disposition anatomique nous permet, dès lors, d'envisager deux modes de propagation du processus infectieux : l'un débutant au pôle postérieur, intéressant d'emblée la choroïde, et l'autre ayant son origine au niveau du grand cercle artériel de l'iris, produisant le tableau clinique de l'irido-cyclite.

Nous comprenons également, étant donné les rapports de contiguité qui unissent la circulation de l'iris et celle du corps ciliaire, la très grande fréquence de l'inflammation simultanée de ces deux organes.

Or, des deux processus que nous venons d'envisager, la clinique nous apprend que le second est de beaucoup le plus fréquemment observé. Dans la grande majorité des cas, l'infection débute par le pôle antérieur, donnant de l'irido-cyclite ; puis, si les conditions sont favorables au développement de

l'agent pathogène, une irido-cyclo-choroïdite, le plus souvent suppurée.

Vennemann nous donne, de ce fait, une explication qui paraît assez plausible. Pour cet auteur, la plus grande fréquence du début antérieur devrait être attribuée à la disposition particulière de l'irrigation sanguine de l'iris et du corps ciliaire qui renferment, comme on le sait, un grand nombre d'artérioles terminales.

« Dans la choroïde, écrit-il, la circulation sanguine
« est mieux sauvegardée, grâce à l'abondance des
« anastomoses artérielles qui relient les différents
« territoires d'irrigation et grâce aussi aux dimen-
« sions des capillaires choroïdiens, qui peuvent pres-
« que remplacer les anastomoses entre artérioles.
« L'oblitération momentanée par une thrombose
« inflammatoire d'un canal d'apport n'interrompt pas
« suffisamment la nutrition de la choroïde pour per-
« mettre à cette inflammation de prendre pied et de
« s'étendre sur les tissus anémiés. Pour en arriver là,
« il faudrait un sang si profondément vicié que la
« survie du malade ne peut s'accorder avec pareille
« septicémie. »

Les produits microbiens pénétreraient donc également par la voie antérieure et par la voie postérieure, mais trouveraient des conditions plus favorables à leur développement dans le territoire vasculaire antérieur.

CHAPITRE IV

Etude clinique. Symptômes.

L'aspect clinique des inflammations de l'uvée au cours des suppurations abdominales présente les caractères de gravité de toutes les ophtalmies métastatiques d'ordre chirurgical. La nature du terrain, dont la réaction de défense est presque toujours compromise chez des malades porteurs, depuis plus ou moins longtemps, d'un foyer microbien, source d'une profonde intoxication et, d'autre part, la variété des microbes en cause, qui sont le plus souvent des pyogènes parfois très virulents, comme le streptocoque, nous expliquent bien la marche ordinairement envahissante de l'infection qui, gagnant de proche en proche, infecte toute la membrane irido-choroïdienne et arrive à constituer la panophtalmie, suivie tantôt de phtisie du globe, tantôt de fonte purulente de l'œil ou même d'une méningite mortelle.

Nous avons cependant, dans notre Observation I, apporté un cas d'iritis pure, unilatérale, de forme parenchymateuse, suivie de guérison, avec retour à une acuité visuelle presque normale. Dans l'Observation II, nous notons également un cas d'iritis bilatérale ayant évolué vers la guérison. Ce sont là des cas excessivement rares, et nous trouvons, le plus souvent, dans nos observations cliniques, l'envahissement progressif de l'iris, du corps ciliaire et de la choroïde.

Afin de rendre plus claire l'étude symptomatologique de ces affections, nous étudierons séparément, bien que cette division soit peut-être un peu schématique, mais parce qu'elle répond assez bien aux faits cliniques :

1° *L'iritis et l'irido-cyclite.* — Ces deux affections pouvant revêtir la forme séreuse et la forme plastique.

2° *L'irido-cyclite suppurée à forme panophtalmique,* dans laquelle le processus infectieux tend à envahir non seulement l'uvée tout entière, mais même les membranes sous -et sus-jacentes : la rétine, avec perte précoce de la vision; la sclérotique et la conjonctive, avec perforation sclérale et issue du vitré et des membranes internes transformées en un magma purulent.

I. — IRITIS ET IRIDO-CYCLITE

a) *Iritis pure* (Obs. I et II). — Le premier symptôme, celui qui, ordinairement, attire l'attention du malade, c'est la douleur, tant oculaire que péri-orbitaire, apparaissant par accès et accompagnée de photophobie et de larmoiement. Dans quelques cas, l'inflammation procède sourdement, presque sans douleur, mais alors les troubles visuels sont intenses et ne manquent presque jamais : l'acuité est diminuée et la vue plus ou moins trouble, suivant l'état de transparence des milieux.

A l'examen, on note un changement de coloration de l'iris dû à l'hypérhémie (songer à de l'hétérochromie possible) ; celui-ci est un peu terne, réagit mal à la lumière. L'orifice pupillaire est généralement contracté, quelquefois légèrement dilaté, ce qui indiquerait alors une gravité particulière, comme l'a remarqué Herbert, dans les Indes Orientales. Si nous instillons de l'atropine, il devient irrégulier, à cause des adhérences contractées avec la cristalloïde antérieure. L'éclairage oblique et la lentille binoculaire suffisent à nous les montrer avec une netteté parfaite.

Presque toujours, il existe une injection périkéra-tique fine et profondément située, quelquefois masquée par une vive réaction conjonctivale, mais facilement décelée par la douleur que l'on provoque en appuyant sur la région ciliaire.

Enfin, les milieux de l'œil sont plus ou moins infiltrés d'exsudats, suivant les différentes variétés cliniques, comme nous le verrons un peu plus loin.

b) *Irido-cyclite* (Obs. III et IV). — Lorsque le corps ciliaire participe à l'inflammation, ce qui est très fréquent, aux signes cliniques que nous venons de décrire s'ajoute une série de symptômes qui modifient l'aspect de l'œil, augmentent la réaction et aggravent les troubles visuels.

L'aspect de la cornée est caractéristique de la participation du corps ciliaire au processus infectieux. La présence, sur sa face postérieure, de précipités disposés en triangle à base inférieure, nous permet d'affirmer qu'en plus de l'iritis évolue une cyclite.

La réaction inflammatoire est plus intense, les douleurs plus violentes, le chémosis plus marqué ; l'œil est spontanément douloureux.

Enfin, l'acuité visuelle est très diminuée et la vision est trouble, à cause des dépôts qui se forment dans la chambre antérieure, sur le cristallin et dans le vitré.

Iritis et irido-cyclite peuvent revêtir deux aspects cliniques, que l'on a coutume de décrire séparément : *la forme séreuse* et *la forme plastique* ; cette division n'ayant, bien entendu, aucun caractère absolu, l'allure de l'affection pouvant varier, non seulement d'un individu à l'autre, mais même, et cela se voit souvent, dans les différents stades de son évolution.

La forme séreuse est caractérisée cliniquement par l'apparition sur la face postérieure de la membrane de Descemet de petits exsudats qui ont été pendant longtemps confondus avec une lésion cornéenne (Kératite ponctuée). Ils ont un aspect pointillé, sont extrêmement fins et parfois difficiles à mettre en

évidence. Il est souvent nécessaire, pour les voir, de faire usage de la loupe. Leur présence est symptomatique de cette variété. Laissée à elle-même, cette forme évolue fréquemment vers la séclusion pupillaire avec ses conséquences, dont l'une surtout est à retenir : le glaucome secondaire.

II. — IRIDO-CYCLITE PURULENTE A FORME PANOPHTALMIQUE

De même qu'au point de vue anatomo-pathologique aucun caractère absolu ne sépare la forme séreuse de la forme plastique, de celle-ci à la forme purulente suraiguë, véritable phlegmon de l'œil, l'irido-cyclite peut revêtir toute une série de formes suppurées, à marche aiguë ou torpide, reproduisant le tableau clinique de la panophtalmie.

Le début peut être brusque ou insidieux. Parfois, en moins de quelques heures (Obs. VI et VII), la vue baisse et disparaît. Souvent, cette altération de la vue est accompagnée de douleurs violentes, de larmoiement, de photophobie ; l'orifice pupillaire se rétrécit et devient irrégulier ; petit à petit un hypopyon s'installe.

L'examen ophtalmoscopique, possible quelquefois très près du début, devient bientôt impraticable, à cause de l'infiltration purulente du vitré, toujours très rapide.

Cette forme arrive très vite, par nécrose des membranes internes, à constituer un véritable phlegmon

de l'œil, avec douleurs extrêmes et symptômes généraux graves. L'ouverture peut en être spontanée par perforation sclérale.

Ce sont là les cas les plus mauvais, aboutissant rapidement à la perte de l'œil et dans lesquels les germes microbiens semblent posséder une virulence extrême.

D'autres fois (Obs. IV), l'affection irido-ciliaire évoluant depuis plusieurs jours sous une forme plastique ou séreuse, présente, pour des raisons mal définies, une aggravation de tous les symptômes et la suppuration s'installe avec les signes précédemment décrits, mais atténués. La maladie revêt alors une forme torpide, d'évolution lente, aboutissant généralement au ramollissement du globe et à sa phtisie par rétraction cicatricielle.

CHAPITRE V

Diagnostic et Pronostic.

1° DIAGNOSTIC

Il est de toute nécessité de reconnaître précocement ces lésions oculaires, le moindre retard dans l'institution du traitement pouvant avoir des conséquences désastreuses. Dans l'iritis plastique notamment, les adhérences entre l'iris et la cristalloïde antérieure se forment dès le début et très rapidement ; c'est alors que l'emploi judicieux et opportun des mydriatiques pourra, sinon empêcher des synéchies, tout au moins réduire au minimum les chances d'occlusion pupillaire.

Après la description clinique que nous venons de faire, il nous semble que le diagnostic différentiel de ces lésions ne doive pas présenter de grandes difficultés.

L'iritis simple, surtout à sa période de début, peut cependant prêter à confusion. Nous éliminerons facilement :

a) *La conjonctivite*, dans laquelle la pupille et l'iris sont intacts, tant dans leur forme que dans leurs fonctions.

b) *La kératite*. — L'éclairage oblique sera toujours pratiqué et, à l'aide de la loupe binoculaire, il sera généralement facile de dépister le moindre dépoli de la cornée, la moindre opacité et de les distinguer des précipités disposés sur la face postérieure de la membrane de Descemet. Le microscope cornéen de Gullstrand donnant des grossissements pouvant aller jusqu'à 103 diamètres, rendra de grands services. Toutefois, les deux lésions, kératite et iritis, pouvant exister simultanément, il sera toujours nécessaire de vérifier le fonctionnement de la pupille et l'aspect de l'iris.

c) *Le glaucome*. — Ici, le diagnostic différentiel est urgent à faire, car un traitement très différent découlera de la constatation de l'une ou l'autre de ces affections. Dans le glaucome, nous trouvons bien des douleurs oculaires et péri-orbitaires pouvant simuler celles de l'iritis, nous voyons quelquefois aussi de l'injection périkératique, mais la pupille n'est pas rétrécie ; pas d'exsudats dans le champ pupillaire. La cornée présente en outre de l'hypoesthésie, parfois même une anesthésie complète, et surtout, signe capital, le globe oculaire présente de l'hypertension

souvent appréciable au toucher et qui sera toujours cherchée au moyen d'un tonomètre, celui de Schiotz, par exemple.

Parmi les affections qui peuvent simuler la *panophtalmie*, nous retiendrons spécialement :

a) *L'ophtalmie purulente*. — Dans celle-ci, tout le processus se passe en dehors du globe. Pas de troubles visuels dans les débuts, car les milieux sont intacts. Sécrétion purulente abondante. La panophtalmie, au contraire, donne, dès le début, une perte presque complète de la vision et à peu près pas de suppuration des culs-de-sac conjonctivaux.

b) *Le phlegmon de l'orbite*. — L'exophtalmie marquée et l'immobilité de l'œil dès le début devront nous faire songer au siège postérieur de la lésion qui repousse le globe en avant et paralyse les muscles oculo-moteurs.

c) *Le glaucome aigu* ressemble assez quelquefois à un début de panophtalmie. Mais, si nous interrogeons le malade, nous trouvons dans ses antécédents des troubles visuels anciens : apparition de cercles irisés autour des points lumineux, mouches volantes, etc... De plus, la pupille est dilatée, alors que, le plus souvent, quand l'iris est enflammé, elle se rétrécit. Enfin, l'hypertension et les troubles de la sensibilité cornéenne existeront toujours plus ou moins et achèveront de nous mettre sur la voie du diagnostic.

d) *Le gliome de la rétine*, affection rare, se rencontrant surtout chez l'enfant, peut simuler une panophtalmie à marche plus ou moins torpide. Mais le gliome s'accompagne d'hypertension, alors que l'hypertension est presque la règle dans les pseudo-gliomes d'origine inflammatoire.

Quant au diagnostic étiologique des irido-cyclites, qui font l'objet de notre étude, il sera facile, quand l'existence d'une suppuration abdominale sera connue et que l'on aura éliminé toute autre affection pouvant être l'origine de métastases oculaires telles que : syphilis, tuberculose, blennorragie, etc... Mais, quand il apparaîtra chez un individu une irido-cyclite sans que nous puissions en préciser l'étiologie, il sera de notre devoir de vérifier soigneusement tous les organes et en particulier les voies biliaires qui peuvent donner des abcès plus ou moins latents, origine de la métastase.

2° PRONOSTIC

Le pronostic est grave, d'une façon générale, car une lésion secondaire, même bénigne, est une preuve de la faiblesse des réactions de défense et de la diffusion dans l'organisme des produits microbiens et de leurs toxines.

En ce qui concerne la *fonction visuelle*, quand le processus reste limité à l'iris et qu'un traitement précoce a été établi, les suites sont simples et les séquelles bénignes, se traduisant par une diminution de l'acuité

visuelle, parfois très peu marquée, comme dans nos Observations I et II. Mais, le plus souvent, les yeux frappés d'irido-cyclite deviennent aveugles ; c'est le cas du malade de Terrien, c'est le cas de toutes les irido-cyclites suppurées.

Quant au *pronostic quoad vitam*, nos observations semblent ratifier l'avis de tous les auteurs au sujet du pronostic de la panophtalmie métastatique, à savoir : que l'issue de la maladie causale ne semble guère influencée par une panophtalmie unilatérale (Obs. VI), tandis que l'ophtalmie bilatérale semble, au contraire, aggraver considérablement l'affection initiale (Obs. V et VII).

CHAPITRE VI

Traitement.

Le traitement comportera à la fois des indications d'ordre général, communes à toutes les variétés de l'affection que nous venons d'étudier, et des soins locaux particuliers à chaque cas.

A. — **Traitement commun aux irido-cyclites séreuses plastiques et suppurées.**

Il visera :

1° *A supprimer la cause.* — Sitôt une collection purulente reconnue, il sera nécessaire de l'écacuer, et cela, même si le malade est dans un état de déchéance grave. Dans les cas mauvais, la suppression immédiate d'un foyer microbien, source continuelle d'intoxication et d'infection, sera la seule chance de salut.

On arrive ainsi parfois, dans les cas bénins, à arrêter, par ce seul moyen, l'évolution des manifestations oculaires même en dehors de tout traitement local.

2° *A soutenir les forces du malade* par une médication stimulante. — Potion de Todd. Acétate d'ammoniaque. Injections d'huile camphrée, de sérum artificiel, de caféine, de sérum glucosé, afin d'augmenter la diurèse et favoriser l'élimination des toxines. On a préconisé également les injections intraveineuses de métaux colloïdaux et l'abcès de fixation suivant la méthode de Fochier. Les injections sous-cutanées de lait paraissent agir favorablement sur l'évolution de la maladie.

Quant à la sérothérapie, elle n'a jusqu'à présent, dans ces cas où l'agent spécifique n'est presque jamais déterminé, donné que peu ou pas de succès. Elle doit cependant retenir notre attention. Valude et Rochon-Duvigneaud citent deux cas d'irido-cyclite métastatique au cours de méningite cérébro-spinale, dans lesquelles ils sont parvenus à rendre de la transparence au vitré par injections de sérum de Dopter. Devant ces faits, nous sommes en droit d'espérer qu'avec les progrès de la bactériologie et les perfectionnements apportés sans cesse dans la fabrication des sérums spécifiques ou polyvalents, la sérothérapie sera un jour capable de rendre de grands services dans ces affections devant lesquelles on est le plus souvent désarmé.

B. — Traitement local.

Il varie suivant les cas :

1° *Iritis et irido-cyclite plastique ou séreuse.* — A la période de début, dès que l'attention est attirée par quelques symptômes subjectifs surtout, la médication antiphlogistique est à essayer. Mais, si nous apercevons le moindre trouble dans les milieux, un peu d'injection périkératique ou la moindre anomalie dans l'aspect de la pupille et de l'iris ou dans leur fonctionnement, les mydriatiques seront indiqués ; on devra toutefois se montrer très circonspect dans leur administration et toujours vérifier l'état de tension du globe oculaire, la moindre hypertension étant une contre-indication à l'emploi de l'atropine et des autres mydriatiques.

La pupille étant dilatée, il sera nécessaire de mettre les yeux à l'abri de la lumière afin d'éviter l'éblouissement très pénible qui résulte de l'admission d'une grande quantité de rayons lumineux à travers le diaphragme irien. On recommandera donc les verres fumés ou une chambre sombre.

Dans la période aiguë, il sera bon de calmer les douleurs par des applications locales de compresses chaudes, les opiacés, etc...

Quant aux mesures opératoires, on s'en abstiendra de préférence tant que l'affection gardera son caractère aigu ; tout au plus, sera-t-on autorisé, si l'hypopyon est considérable, à faire une ponction ou une paracentèse de la chambre antérieure.

Ultérieurement, on pourra être appelé à faire une iridectomie soit dans le but de créer un colobome artificiel destiné à remplacer une pupille complètement obstruée, soit pour parer aux accidents de glaucome secondaire.

2° *Irido-cyclite suppurée.* — Mais le plus souvent la thérapeutique est impuissante à enrayer le processus infectieux. Dans la grande majorité des cas, on assiste aux progrès de la suppuration et à l'extinction rapide de la vision. A cette période, l'élément douleur réclamera tous les efforts. On essaiera la glace, les opiacés ; quelquefois, des ponctions répétées, en diminuant la tension oculaire, calment un peu les souffrances et permettent de temporiser.

Contre l'agent infectieux, on pratiquera des cautérisations de la cornée, des injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène, de cyanure de mercure.

On pourra ainsi, quelquefois, dans les formes torpides, arriver à conserver un globe atrophié toujours précieux pour une prothèse ultérieure ; cela n'empêchant nullement une énucléation si dans la suite il se produit des phénomènes d'ophtalmie sympathique d'ailleurs bien hypothétique dans ces cas.

Mais, si les douleurs augmentent, si le chémosis devient plus marqué, si le volume de l'œil s'accroît, si l'on voit beaucoup de pus dans la chambre antérieure, une intervention plus radicale s'impose. A son sujet, les avis sont partagés. Doit-on énucléer ? Doit-on se contenter d'un curage de l'œil après éviscération ou exentération ? Le cadre de cet ouvrage ne nous

permet pas de faire l'historique de cette question si controversée, ni de discuter les arguments en faveur de l'une et de l'autre méthode. Nous nous bornerons seulement à mentionner quelques statistiques établies à ce propos.

En 1863, Panas, Dor, de Wecker et un certain nombre d'auteurs, publient quelques cas d'énucléation suivis de mort; mais chaque fois il s'agissait d'une affection tout à fait étrangère à l'affection oculaire : tuberculose, abcès du cerveau chez un vieillard de 84 ans.

En 1897, de Lapersonne publie un cas de mort par méningite après l'énucléation d'un œil atteint d'iridocyclite purulente chez un enfant et, dans la suite, préconise l'exentération ignée dans le traitement de la panophtalmie.

Ce sont là des cas isolés dont on ne saurait apprécier la fréquence relative.

Mlle Kontorowitsch, en 1912, s'attacha à étudier les dangers de l'énucléation pour des yeux panophtalmiques. Dans ce but, elle prit pour base de son étude (dans la pratique de Haab et de Sidler Huguenin) 118 cas d'yeux panophtalmiques qui furent soumis à l'énucléation. Parmi ceux-ci, on ne put trouver un seul cas défavorable qui soit dû à l'opération. Considérant que quelques auteurs ont constaté une méningite provenant d'une éviscération de l'œil et que cette dernière opération est douloureuse et d'une guérison plus longue, Mlle Kontorowitsch reste partisan de l'énucléation.

Plus récemment, Bruas, dans sa thèse, a réuni 123 cas d'énucléation pour panophtalmie recueillis

dans le service de M. le Professeur Rollet avec deux décès seulement et encore non imputables à une méningite post-opératoire. Les suites ont été des plus simples dans presque tous les cas.

Ces deux ouvrages apportent par le nombre des cas observés un argument d'une valeur indiscutable en faveur de l'énucléation pour panophtalmie, opération qui, à l'heure actuelle, doit être considérée comme la méthode de choix.

Observations.

I. — Iritis et Irido-cyclite plastique et séreuse.

OBSERVATION I (*Inédite*)

(Clinique de MM. les Professeurs ROLLET et BÉRARD)

Iritis plastique consécutive à une appendicite.

Claudine P..., âgée de 24 ans, cuisinière ; entrée dans la clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet le 29 janvier 1924.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Normalement réglée depuis l'âge de 15 ans.

Scarlatine à 20 ans.

N'a jamais eu de rhumatisme.

Pas de céphalée persistante ni aucun signe de syphilis.

Pas de grossesses antérieures ni de fausses couches ; jamais de pertes blanches.

Le 31 décembre 1923, vers 14 heures, la malade ressent assez brusquement un point douloureux au niveau de sa fosse iliaque droite ; à ce moment, apparaissent des vomissements alimentaires puis bilieux. Constipation légère.

La malade est soignée chez elle jusqu'au 4 janvier, jour où elle entre dans la clinique de M. le Professeur Bérard. (Le soir du 3 janvier, la température avait atteint 39°.)

Le 4 janvier, à l'entrée, on trouve un point douloureux abdominal droit, accompagné de contracture de la paroi et l'on perçoit un empâtement douloureux au voisinage de la ligne médiane.

Au toucher rectal et vaginal on trouve le cul-de-sac latéral droit empâté et douloureux.

Le 7 janvier l'empâtement diffus semble s'être résorbé mais on sent une tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

Le 12 janvier, intervention par le Docteur Wertheimer, chef de clinique chirurgicale. Incision de Max Schuller. On tombe sur un volumineux abcès fétide périappendiculaire à l'intérieur duquel on trouve l'appendice gangrené qui est complètement détaché. Drainage.

Les suites opératoires sont normales. La température baisse progressivement jusqu'à la normale.

Le 25 janvier, soit treize jours après l'intervention, la malade se plaint de l'œil droit. Les douleurs ne sont pas très vives mais s'irradient tout autour de l'orbite.

A l'examen :

Œil gauche normal, V. = $1/2$ avec Cyl. + 2d à 90° .

Œil droit : pupille irrégulière, de forme octogonale réagissant mal à la lumière ; il existe un cercle périkeratique net mais toute la conjonctive est également injectée. L'iris droit a une teinte un peu trouble, il est devenu légèrement vert par rapport à l'iris gauche qui est bleu. A la palpation, l'œil droit paraît en état d'hypotonie légère ; l'examen à l'éclairage latéral montre l'existence de synéchies postérieures multiples. La malade accuse du larmolement et de la photophobie. Le diagnostic d'iritis n'est pas douteux ; on fait passer la malade, le 29 janvier, dans la clinique de M. le Professeur Rollet.

A l'entrée, un nouvel examen confirme le diagnostic ci-dessus. L'iris s'est dilaté sous l'influence de l'atropine ; il persiste encore un certain nombre de synéchies avec des traînées pigmentaires sur la cristalloïde antérieure.

L'examen au microscope cornéen avec éclairage de Guls-trand montre qu'il s'agit d'une iritis parenchymateuse sans précipités sur la membrane de Descemet.

Pas d'hypopyon, la malade souffre peu. Rien à l'examen de la cornée. Acuité visuelle : O. D. V. = $1/30$; O. G. V. = $1/2$ avec Cyl. + 2d à 90° .

La malade est traitée par l'atropine, les applications chaudes et reçoit en outre deux injections sous-cutanées de lait dans la région scapulaire.

Un interrogatoire et un examen minutieux ne permettent de déceler aucune étiologie autre que l'appendicite ; il n'existe aucun signe de syphilis antérieure acquise ou héréditaire.

Wassermann dans le sang : négatif.

Par ailleurs, la malade n'a pas de pertes blanches, ne souffre pas au moment de ses règles.

L'examen général et l'interrogatoire ne montrent aucun stigmat de bacilliose. Auscultation des poumons négative.

Pas de rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents.

Le 18 février 1924, l'état s'est considérablement amélioré, il n'existe presque plus aucune réaction irienne, les synéchies postérieures se sont presque toutes rompues sous l'influence de l'atropine ; il persiste quelques traînées pigmentaires sur la cristalloïde antérieure. L'acuité visuelle de l'œil droit est remontée de $1/30$ (29 janvier 1924) à $1/4$ (18 février 1924). Plus de douleurs. La malade sort le 19.

OBSERVATION II

(PURTSCHER, 1901)

Iritis plastique bilatérale au cours d'une hépatite suppurée

Femme de 50 ans, journalière. Ictère chronique depuis deux ans. Cirrhose hypertrophique par lithiasse biliaire. Héméralopie. Gêne oculaire, larmoiement, xérosis développé de la conjonctive bulbaire. Le cul-de-sac inférieur sécrète du mucus. Cornée normale, acuité visuelle normale mais le champ visuel est rétréci surtout à droite. Pas de lésions ophtalmoscopiques.

Subitement, la température monte à 39°9 ; alors se développe une iritis bilatérale avec synéchies postérieures. On trouve de la matité pulmonaire. Deux jours après herpès fébrile. L'iritis disparaît en dix-huit jours : à ce moment, à l'ophtalmoscope, on voit à trois diamètres de la papille et jusqu'à l'équateur des taches blanches.

La femme meurt dans la suite, de péritonite aiguë. A l'autopsie : foie gros, pesant 1 kg. 900, adhérent, avec *abcès dans le lobe gauche*. Rate volumineuse, pesant 0 kg. 530.

OBSERVATION III (Résumée)

(GALEZOWSKI et BERCHE, 1911)

Irido-cyclite plastique après castration ovarienne pour salpingite

Mlle D..., 29 ans, a présenté des troubles de la vue temporaires d'une salpingite double ; troubles peu prononcés et permettant à la malade de vaquer à ses occupations. Entre en octobre 1909 à la Clinique de M. Galezowski se plaignant d'un affaiblissement notable de l'acuité visuelle de l'œil gauche. L'œil n'est point rouge, à peine légèrement veiné. L'iris est un peu terne, la pupille paresseuse ; on ne constate guère de précipitations sur la face postérieure de la cornée ; le fond de l'œil paraît voilé ; trouble diffus du vitré. Pas d'antécédents rhumatismaux ; la malade nie tout accident spécifique. L'état général est satisfaisant sans être des plus brillants. L'auscultation ne donne aucun résultat. M. Galezowski institue un traitement mixte de frictions mercurielles et de KI. Compresses chaudes ; atropine.

La malade suit ce traitement pendant six mois sans amélioration. Toujours pas de Descémétite, pas de synéchies, mais l'œil droit se prend à son tour : iris terne, légère injection périkeratique, trouble diffus du vitré, douleurs périorbitaires. On continue le traitement jusqu'au jour où la malade entre

à l'hôpital où elle subit l'ablation des deux ovaires (juillet 1910).

En septembre 1910, revient à la clinique du Docteur Galezowski présentant une aggravation de tous les symptômes apparus depuis son opération : œil gauche injection périkeratique très intense, Descémite, nombreuses synéchies postérieures, décoloration de l'iris. Gros flocons du vitré rendant très difficile l'exploration du fond de l'œil. Douleurs périorbitaires violentes.

Œil droit : même état qu'à l'œil gauche. V. = 1/10.

Pensant à des troubles inflammatoires aggravés par de l'hypoovarie, le Docteur Galezowski institue un traitement opothérapique qui aurait amené une première amélioration manifeste.

Après rechute en janvier 1911, on aurait constaté une nouvelle amélioration par la médication opothérapique.

Le 31 mars 1911, on ne voit pas trace des exsudats choroïdiens ; il reste seulement quelques synéchies et de fines précipitations sur les cornées. Amélioration nette de l'acuité visuelle des deux yeux. O. D. V. = 1. O. G. V. = 2/3.

II. — Irido-cyclite suppurée.

OBSERVATION IV

(TERRIEN, 1922)

Irido-cyclite consécutive à une angiocholite

Homme de 42 ans qui, après avoir présenté quatre fois de petites poussées d'ictère accompagnées de frissons et de température, fit tout à coup une nouvelle crise avec douleurs hépatiques et ictère. Le lendemain, la vue de l'œil gauche, douloureux, diminuait pour disparaître quatre jours plus

tard, tandis que la vision de l'œil droit diminuait à son tour et se perdait en quelques jours. On constatait des deux côtés des signes d'une irido-cyclite avec hypopyon et hyper-tonie. L'examen du pus oculaire montra la présence de pneumocoques.

Cinq injections de sérum antipneumococcique améliorèrent l'état général mais les deux globes évoluèrent vers la phthisie qui resta définitive.

OBSERVATION V

(KIPP, 1906)

Panophtalmie double consécutive à une appendicite

Appendicite avec « phlegmasia alba dolens ». Une pyoémie généralisée survint après l'opération de l'appendicite. Panophtalmie métastatique double. Perte des deux yeux. Mort deux mois après.

OBSERVATION VI (Résumée)

(HOUDART, 1905)

Irido-cyclite suppurée au cours d'une hépatite suppurée

H... Jean, âgé de 34 ans, sous-officier canonnier de la Marine Française, breton d'origine. Entré dans la marine à l'âge de 20 ans, pris pour le service du canonage qui nécessite une vue normale des deux yeux, fit de nombreuses campagnes aux colonies : Madagascar à deux reprises, Extrême-Orient, les Indes, les Antilles et dernièrement la rivière de Saïgon d'où il fut rapatrié pour diarrhée endémique avec congestion du foie.

A Marseille, les médecins de l'hôpital militaire, dans l'idée d'un abcès du foie, firent une ponction qui ne ramena pas de pus. Dix-sept jours après, le malade part en convalescence chez lui où il passe sept mois consécutifs avec des alternatives tantôt heureuses, tantôt fâcheuses dans son état de santé.

Le 18 mai au soir, apparut brusquement à l'œil gauche une douleur vive de peu de durée ; la nuit suivante fut bonne mais au lever l'œil était complètement aveugle.

Le Docteur Aldebert, consulté à Dinan, ayant jugé le cas très grave et pouvant nécessiter une intervention immédiate, lui conseilla de rejoindre au plus tôt un port militaire.

Le 2 juin, entre à l'hôpital maritime de Brest. On constate alors une anémie très prononcée, un amaigrissement considérable. Le foie est gros, dépassant les fausses côtes ; les urines abondantes, sans sucre dosable. Pas d'albuminurie ; pas d'antécédents héréditaires fâcheux. Absence de toute maladie vénérienne.

L'œil droit est sain : acuité visuelle normale.

L'œil gauche présente un spasme palpébral très marqué, est larmoyant, sensible à la lumière du jour. Pas de sécrétions anormales de la conjonctive. Injection ciliaire péri-kératique de couleur rouge sombre, sans œdème de la conjonctive avoisinante. Douleurs nulles au toucher. Tonus élevé. La cornée paraît saine ; la chambre antérieure n'existe pas ; le champ pupillaire immobile, accolé à la face postérieure de la cornée est occupé par une masse blanche, cotonneuse, faisant en apparence une légère saillie, débordant légèrement le cercle pupillaire et pénétrant à peine dans l'espace virtuel compris entre l'iris et la cornée. Douleurs ciliaires peu marquées mais suffisantes parfois pour interdire le sommeil la nuit. Pas de nausées.

L'œil droit, vers le 6 juin, présente une légère diminution de l'acuité visuelle.

A gauche, une ponction est faite, le 9 juin, pour diminuer la tension élevée et combattre les douleurs. Issue d'une grande quantité de masses molles et granuleuses blanchâtres.

Le 11 juin, les douleurs n'ayant pas cédé, on écarte les lèvres de la plaie de paracentèse qui donnent issue à une masse bourbillonneuse, épaisse et volumineuse.

Examen microscopique de ce pus : nombreux globules de pus, nombreuses espèces microbiennes.

Le sang, examiné à ce moment, ne présentait aucun parasite.

Amélioration légère du malade qui est évacué sur un service de maladies générales pour y recevoir les soins que nécessite l'état de son foie. Mais au début de juillet, des phénomènes d'irritation de l'œil droit, imputables à une ophtalmie sympathique s'étant produits, on décide l'énucléation de l'œil gauche.

Profitant de l'anesthésie, on fait une ponction exploratrice dans le foie, ponction qui ramène du pus.

L'opération de l'abcès du foie est pratiquée un des jours suivants. L'examen du pus montra qu'il était stérile.

Suites opératoires normales, les phénomènes d'irritation sympathique du côté de l'œil droit disparaissent dans la suite.

OBSERVATION VII (Résumée)

(DOR, 1910)

*Panophtalmie métastatique bilatérale secondaire
à une péricholécystite suppurée*

Mme P..., âgée de 61 ans, n'ayant eu aucune maladie grave antérieurement, présenta une première fois, en 1906, une crise de coliques hépatiques. Soignée par le Docteur Gallavardin qui lui conseilla une intervention, la malade ne se décida pas et attendit.

Étant aux environs de Lyon, au début d'octobre 1908, Mme P... eut une nouvelle crise de coliques hépatiques et fut soignée à ce moment par le Docteur Gounon (de Mornant). Un peu de fièvre, au début, qui disparut rapidement les jours suivants. Traitée par la morphine, la malade présenta une amélioration manifeste mais, vers le 15 octobre, la température s'éleva de nouveau.

On ne constata à ce moment aucun symptôme alarmant ; ni frissons, ni ictère, ni augmentation de la tension abdominale. La palpation de la région hépatique révélait la présence de calculs dans la vésicule mais sans que l'on put soupçonner, par la présence d'un plastron large, une participation du péritoine au processus. Les vomissements, cependant, devenaient plus fréquents et les aliments étaient rendus de plus en plus régulièrement. Le 29 octobre, son médecin traitant prescrivit une forte dose de calomel en pensant que ces phénomènes d'occlusion pylorique étaient peut-être provoqués par des calculs et qu'il fallait les faire cheminer. La malade fut mise à la diète mais les vomissements continuèrent ainsi que les contractions douloureuses.

Le 30 octobre au matin, la malade déclara qu'elle était devenue aveugle et qu'elle ne voyait que la direction des fenêtres dans sa chambre.

Le Docteur Gounon constata alors l'existence d'une iritis avec occlusion pupillaire et appela le Docteur Dor en consultation le 31 octobre au soir.

On trouve à ce moment une exsudation fibrineuse devant les deux pupilles, de petits dépôts purulents devant l'iris avec un peu d'hypopion et un commencement de chémosis. Température 40°. On fait du collargol intraveineux et un abcès de fixation.

Sur les conseils du Docteur Dor, la malade est montrée au point de vue de sa vésicule au Docteur Delore. Celui-ci déclare une intervention urgente qui est pratiquée le quatrième jour après le début des accidents oculaires.

A ce moment les deux yeux sont complètement perdus, le chémosis est tel que les paupières ne peuvent plus se fermer, les yeux sont énormes, pleins de pus mais les douleurs ne sont pas fortes.

La laparotomie conduit sur un abcès enkysté périvésiculaire duquel s'échappe un pus fétide ; cet abcès situé au voisinage du pylore provoquait une torsion et une occlusion pylorique. La vésicule contient 45 calculs. Le canal hépatique est drainé dans le cas où il y aurait de l'angiocholite.

Sur les conseils du Docteur Dor, le lendemain, le Docteur Delore incise les yeux pour donner issue au pus et procurer

ainsi une chance de plus de survie à son opérée ; malgré cela la malade meurt le lendemain.

Examen bactériologique du pus de l'abcès périvésiculaire :

Inoculé dans le péritoine du cobaye et sous la peau du lapin, il n'y eut ni péritonite, ni abcès.

A l'examen microscopique direct, on trouve un bacille encapsulé, faisant penser à du bacillus perfringens.

Cultures stériles.

Conclusions.

I. — Les infections iriennes et irido-choroïdiennes consécutives aux suppurations abdominales sont d'observation rare.

II. — Les lésions oculaires peuvent revêtir la forme irienne pure ou irido-choroïdienne, soit séreuse, soit plastique ; mais le plus souvent c'est une panophtalmie suppurée que l'on constate.

III. — Parmi les suppurations abdominales, ce sont celles d'origine hépatique qui donnent le plus fréquemment des complications oculaires. Vient ensuite l'appendicite et en troisième lieu les salpingites. Nous mettons à part les infections blennorragiques dans lesquelles les iritis sont fréquemment notées.

IV. — La propagation des germes microbiens est sous la dépendance d'une métastase par voie sanguine.

V. — Le pronostic oculaire est variable ; il sera : bénin dans la forme iritis pure ; plus sérieux dans la forme irido-cyclite ; fatal, au point de vue fonctionnel,

dans la forme panophtalmie unilatérale, presque fatal au point de vue vital dans la forme panophtalmie bilatérale.

VI. — Ces faits ouvrent une nouvelle voie, encore peu connue, mais vraisemblablement féconde, dans la recherche de l'étiologie des iritis dites cryptogénétiques, groupe confus, dont on doit s'efforcer de pénétrer l'étiologie.

VII. — Le traitement tendra vers trois buts principaux :

- a) Supprimer le foyer microbien initial ;
- b) Relever les forces du malade pour activer la réaction de défense ;
- c) Influencer les lésions locales afin de réduire au minimum les désordres produits.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
ROLLET

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 Mars 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

Bibliographie.

- BRUAS. — De l'énucléation dans la panophtalmie. *Thèse Lyon*, 1920.
- A. CALDERON. — Irido-choroïdites infectieuses. *Thèse Paris*, 1896.
- L. CALDERON. — Irido-choroïdites. *Thèse Paris*, 1876.
- CHENET. — De l'ophtalmie métastatique. *Thèse Paris*, 1911.
- DOR. — Panophtalmie métastatique bilatérale au cours d'une péricholécystite suppurée. *Ophtalmologie provinciale*, 1910.
- DUPUY-DUTEMPS. — Irido-choroïdites au cours des infections aiguës. *Rapport à la Société Française d'Ophtalmologie*, 1922.
- DE LAPERSONNE. — De l'exentération ignée dans la panophtalmie. *Archives d'Ophtalmologie*, juin 1900.
- GALEZOWSKI et BERCHE. — Cinq cas d'irido-cyclite après castration ovarienne. *Recueil d'Ophtalmologie*, 1911, p. 97.
- GISSELBRECHT. — Métastases oculaires infectieuses. *Thèse Nancy*, 1902.
- HERBERT. — De l'état de la pupille dans l'iritis. *The Ophthalmoscope et Revue Générale d'Ophtalmologie*, 1900, p. 517.
- HOUDART. — Ophtalmie septique et hépatite suppurée. *Recueil d'Ophtalmologie*, 1905, p. 65.

- KIPP. — Métastatic Panophtalmitis. *Journal of Ophthalmology of the Medical Society of New-Jersey* et *Revue Générale d'Ophtalmologie*, 1906.
- KONTOROWITSCH (M¹¹⁶). — La panophtalmie étant à son début ou à un état avancé, peut-on faire l'énucléation ? *Beiträge zur Augenheilk.*, vol. LXXVII, 1912, et *Revue Générale d'Ophtalmologie*, 1912.
- PANAS. — Traité des Maladies des yeux. Paris, 1894.
- PECHIN. — Critique du rapport de Galezowski et Berche relatif à cinq cas d'irido-cyclite après castration ovarienne. *Revue Générale d'Ophtalmologie*, 1912, p. 423.
- POULARD. — Traité d'Ophtalmologie. Paris, 1923.
- PICARD. — Panophtalmie métastatique. *Thèse Lyon*, 1916.
- PURTSCHER. — Ophtalmie d'origine hépatique. V. Græfe. *Archiv für Ophthalm.*, 1901, et *Thèse de Gisselbrecht*.
- ROLLET et COLRAT. — Iritis gonococcique. *Lyon Médical*, mai 1923.
- Un cas d'iritis plastique consécutive à une appendicite. *Société d'Ophtalmologie de Lyon*.
- SIFFRE. — De l'énucléation dans la panophtalmie. *Thèse Montpellier*, 1889.
- SNELL. — Traitement abortif de la suppuration du globe de l'œil. *Revue Générale d'Ophtalmologie*, 1900, p. 517.
- TERRIEN. — Un cas d'irido-cyclite bilatérale consécutif à une angiocholite. *Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie*, mai 1922.
- VENNEMANN. — Maladies du tractus uvéal. *Encyclopédie d'Ophtalmologie*.
- ZENTMAYER. — Un cas de panophtalmie guéri par le traitement de Van Milligen. *Ophtalmie Record*, mai 1903.
-

